

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC
DE LA DOTHIÉNENTÉRIE

AVEC LÉSIONS PRÉDOMINANTES
SUR LE GROS INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 2 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph HENRIOT

Né à Montargis (Loiret), le 26 mars 1870

Elève de l'Ecole du service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

—
1895

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC
DE LA DOTHIÉNENTÉRIE
AVEC LÉSIONS PRÉDOMINANTES
SUR LE GROS INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 2 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph HENRIOT

Né à Montargis (Loiret), le 26 mars 1870

Elève de l'Ecole du service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants MM. WEILL. agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.), —
Botanique BEAUVISAGE,

Agrégés

MM. BEAUVISAGE	MM. POLLOSSON (A.)	MM. BOYER	MM. BARRAL
CONDAMIN	ROCHET	CURTILLET	MOREAU
COURMONT	ROLLET	VALLAS	
DEVIC	ROQUE	SIRAUD	
DIDELOT	ROUX	DURAND	
GANGOLPHE	COLLET	DOYON	

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. R. TRIPIER, Président; M. BARD, Assesseur; MM. CONDAMIN et ROUX, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*A MON FRÈRE, A MA SŒUR
ET A MA BELLE-SŒUR*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur TRIPIER

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET A MES CHEFS MILITAIRES

INTRODUCTION

La dothiéntérie a déjà été l'objet de nombreux travaux qui l'ont envisagée sous ses multiples aspects, sous ses différentes formes soit d'intensité, de durée, de symptomatologie, de localisation. Ici nous ne voulons nous arrêter que sur un point particulier de son histoire, et encore nous restreindrons-nous à quelques notions, nous contentant de remettre en lumière certaines idées émises déjà par quelques auteurs. Notre sujet se bornera à étudier la fièvre typhoïde dans sa localisation sur le gros intestin, affection désignée sous le nom de colotyphus ; et nous ne l'envisagerons qu'au point de vue de son diagnostic et de son pronostic. Par diagnostic, nous entendons parler de celui d'une localisation particulière de la dothiéntérie, dont la détermination entraîne avec elle des conséquences au point de vue du pronostic. Nous chercherons à montrer si oui ou non il est possible, nous appuyant dans cette étude sur l'opinion des auteurs qui se sont occupés de la question ; et nous tenterons de légitimer l'intérêt de ce problème en montrant l'importance de sa solution pour l'établissement du pronostic. Nous abordons ainsi un thème controversé ; nous nous bornerons plutôt à l'exposer qu'à la résoudre,

en essayant malgré tout de mettre en relief la solution qui nous semble la mieux justifiée. Notre travail comprendra donc deux parties principales : la première sera consacrée à traiter du diagnostic, qu'elle s'efforcera d'étudier dans tous ses éléments, dont chacun des principaux donnera matière à un paragraphe secondaire ; la seconde traitera du pronostic. Nous entendons laisser de côté toutes les autres questions concernant cette manifestation morbide en tant qu'affection particulière, telles que son étiologie, son anatomie pathologique, son traitement, sauf en ce qui nous sera strictement nécessaire pour traiter du diagnostic. En un mot, nous posons ce problème : peut-on diagnostiquer le colotypus du vivant du malade, peut-on montrer que ce n'est pas seulement une trouvaille d'autopsie ? Et de là nous sommes conduits à déduire l'importance de ce diagnostic prématuré au point de vue du pronostic.

Mais auparavant qu'il nous soit permis ici de remercier ceux qui de près ou de loin nous ont porté de l'intérêt, nous ont soutenu dans nos études médicales de leurs conseils et de leurs exemples. La première place n'appartient-elle pas à notre père, le docteur Henriot, qui, depuis tant d'années, s'est efforcé de nous faire aimer notre profession en mettant devant nos yeux les leçons intéressantes que sa pratique médicale lui procurait.

Je prie M. le professeur Tripier de vouloir bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur Mouisset accueille ici le témoignage de notre gratitude pour ce travail dont l'idée première lui revient, et pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli. Nous sommes profondément reconnais-

sant envers M. le docteur Bouveret pour le plaisir que nous ont fait éprouver ses excellentes leçons au lit du malade.

Nous remercions tous nos maîtres de la Faculté et nos chefs militaires qui ont contribué à notre instruction médicale, et en particulier MM. Weil, Devic et M. le médecin-major de 2^{me} classe Boisson qui ont bien voulu mettre à notre disposition quelques observations de leurs malades.

Nous n'oublierons pas tous les excellents camarades avec qui nous avons fait nos études médicales ou vécu pendant ces trois années d'école.

CHAPITRE PREMIER

Du diagnostic et du pronostic de la dothiésentérie avec lésions prédominantes sur le gros intestin.

DU DIAGNOSTIC

Depuis Louis, Andral, et autres observateurs de grande valeur, il a été établi d'une façon certaine que la lésion primordiale de la fièvre typhoïde résidait dans l'intestin grêle, dont les follicules clos et les plaques de Peyer étaient altérés. Si de plus on examine la localisation de ces lésions, on les trouve surtout limitées à la partie inférieure de cet intestin grêle, dans l'iléon ; et l'affection dans la plupart des cas semble prendre comme point de départ la partie avoisinant la valvule iléo-cœcale. De là elle s'irradie en remontant vers le jéjunum. Dans d'autres circonstances, elle ne se limite pas à l'intestin grêle, elle envahit d'autres organes à glandes lymphoïdes, et parmi eux le gros intestin est le plus fréquemment atteint. Murchison écrit que les glandes isolées du colon sont dilatées ou ulcérées comme celles de l'iléon dans un tiers des cas mortels de dothiésentérie. Mais ce ne sont

pas là à proprement parler des cas de colotyphus, sujet de notre description, car nous entendons par ce mot les cas où les lésions siégeant sur le colon, quelles que soient ses parties, dépassent notablement en nombre et intensité celles de l'intestin grêle. Les cas types de colotyphus, c'est-à-dire ceux où l'intestin grêle était indemne, alors que l'affection typhique résidait uniquement sur le gros intestin, sont rares. Les cas, tels que nous venons de les définir, sont plus fréquents, sans l'être beaucoup, puisque M. le professeur Laveran n'a trouvé que trois fois des altérations graves du gros intestin, parmi toutes les observations qu'il possède. Pour MM. Devic et Roux, parmi les observations que d'autres auteurs ont publiées et considérées comme cas de colotyphus, on n'aurait « pas établi une distinction suffisante entre les diverses altérations que l'on peut trouver dans le gros intestin des typhiques, et parfois on a confondu des lésions superficielles de colite catarrhale avec des lésions vraies de la fièvre typhoïde. » En outre, ces auteurs croient devoir « séparer nettement des lésions du colon celles du cœcum et de l'appendice. Ces dernières sont fréquentes et bien connues ; souvent l'appendice est transformé en une vaste plaque ulcérée ; il n'est pas rare de le trouver perforé et les cas de pérityphlite post-typhoïdique sont bien connus (Gouronnec). Les ulcérations du colon sont au contraire rares, moins étudiées, ont probablement un déterminisme spécial, et peut-être une symptomatologie propre : Fonctionnellement et physiologiquement d'ailleurs sinon anatomiquement, le cœcum doit être séparé du reste du gros intestin. » Il résulte de tout ceci que les observations de colotyphus véritable sont rares. Mais vu

l'insuffisance de renseignements de la plupart des observations sur cette distinction entre les diverses parties du gros intestin, nous considérons ici comme colotypus non pas seulement les cas où les lésions étaient limitées au colon ascendant, transverse, descendant, mais à tout le gros intestin. Nous noterons néanmoins les cas les plus typiques. Il est bien évident que cette distinction serait importante à établir strictement au point de vue du pronostic. Si ces différentes parties n'ont pas même structure et mêmes fonctions, leurs lésions doivent différer.

Les ulcérations typhiques du gros intestin évoluent comme celles de l'intestin grêle. Elles sont souvent plus lentes à la cicatrisation, mais elles suivent les mêmes stades, période catarrhale, périodes de gonflement et d'ulcération des plaques, enfin de cicatrisation. Comme celles-ci, elles peuvent être confluentes ou non, profondes ou superficielles. En général elles seront situées de préférence près de la valvule iléo-cœcale, d'où elles s'étendent vers les colons. Mais ceci n'est pas une règle fixe. On les trouve quelquefois d'emblée au rectum. Mais partout elles suivront le même processus, et aboutiront à la cicatrisation ou à l'ulcération avec toutes ses conséquences : perforation et péritonite, ou entérorrhagie. Quelquefois elles ont pu être confondues avec celles de la tuberculose ou du catarrhe gastro-intestinal comme dans le cas exposé par M. le professeur Cornil à la Société médicale des hôpitaux.

Ces quelques mots de définition, d'anatomie pathologique (d'ailleurs fort sommaires) étaient nécessaires avant de nous occuper de la symptomatologie de cette affection, afin de bien délimiter notre sujet. Comme

nous l'avions déjà dit plus haut, nous ne considérerons que les symptômes communs à toutes les parties du gros intestin.

En premier lieu, cette affection est-elle due au bacille typhique? Nous aurons dans ce cas tous les caractères d'une dothiéntérie ordinaire pour nous guider.

D'ailleurs la plupart du temps les lésions dothiéntériques évoluent sur le petit intestin avant d'envahir le gros intestin ou selon certains auteurs simultanément sur l'un et sur l'autre. Dans les deux cas, élévation de température, anorexie, diarrhée, météorisme, douleur abdominale, trouble des systèmes digestifs, nerveux, cardiaque; état général, en un mot, d'une fièvre typhoïde ordinaire. Nous ne nous appesantirons pas sur cette partie du diagnostic qui ressort de l'étude de la dothiéntérie dans sa forme générale. Nous admettons l'état typhique établi; il s'agit bien d'une fièvre typhoïde. La localisation des lésions est-elle sur le petit ou le gros intestin?

Nous avons dit plus haut que cette question était controversée. Est-elle donc impossible à résoudre?

Louis ne trouve pas de symptômes qui soient pathognomoniques de cette localisation. Il ne trouve pas que les symptômes diarrhée, météorisme, douleur abdominale, qui lui semblent les plus propices à ce diagnostic, permettent de le trancher. Andral est du même avis. Leudet, qui s'est occupé spécialement de ces altérations du gros intestin, attribue avec Monneret et Fleury « à la diarrhée persistante et intense, aux selles involontaires, avec un état général adynamique une importance considérable. Cette diarrhée peut être indépendante des ulcérations du

gros intestin. Cependant c'est rare, si la maladie a été longue. » Ailleurs Leudet conclut : « Ces ulcérations se rencontrent surtout dans les cas de convalescence lente accompagnée de diarrhée prolongée et de prostration des forces. Le diagnostic ne peut faire reconnaître d'une manière certaine ni l'existence de la lésion, ni son siège, ni son intensité. » D'autre part Hutinel, Guéneau de Mussy considèrent la diarrhée comme un signe important et Mercier écrit dans sa thèse : « Le diagnostic essentiel du colotypus envisagé comme variété distincte de la fièvre typhoïde est hérissé de difficultés. Les signes tirés de la douleur abdominale, du météorisme, de la diarrhée, paraîtront sans doute insuffisants. Cependant si ces signes se manifestent au cours d'une rechute, on aura une très forte présomption que la lésion s'est localisée au gros intestin » Et encore, selon Hutinel, il n'est pas toujours facile de distinguer l'entérite d'une véritable rechute. M. le professeur Laveran, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, est d'avis que ce diagnostic prématuré est difficile, et le symptôme qui lui paraît le plus constant serait le météorisme.

En résumé, les plus affirmatifs admettent que ce diagnostic est parfois possible, mais difficile. La diarrhée, le météorisme, la douleur à la pression de l'abdomen en seraient les principaux symptômes. Or, ce sont précisément les symptômes d'une dothiéntérie ordinaire, la dothiéntérie due aux lésions de l'intestin grêle. Quelle différence établirons-nous dans ces conditions entre ces symptômes et ceux du colotypus ? Envisageons successivement chaque symptôme, étudions quelles peuvent être ses modalités propres dans le cas de colotypus. Disons

auparavant qu'ici comme dans la plupart des cas cliniques, un symptôme considéré isolément a peu de valeur. Un diagnostic ne s'établit réellement que par l'union des faits, que lorsqu'il constitue un syndrome. Etudions donc cette diarrhée du colotyphus.

Diarrhée.

La diarrhée, dit Hallopeau, est un des symptômes habituels des affections ulcéreuses de l'intestin. Elle est due vraisemblablement à l'exagération des réflexes sous l'influence de l'irritation que provoque le contact des matières fécales avec la surface dénudée. « Le chyle est encore liquide quand il passe de l'iléon dans le cœcum et c'est seulement dans le gros intestin qu'il prend d'ordinaire une consistance ferme par suite de la résorption partielle de l'eau qu'il renferme. Il faut pour que cette résorption ait lieu qu'il séjourne durant un laps de temps suffisant dans cette partie du tube digestif et aussi que la circulation en retour s'accomplisse régulièrement dans la muqueuse ; on conçoit donc que la diarrhée doive résulter d'une activité trop grande des mouvements péristaltiques du gros intestin. » Il suffit d'une lésion de fort peu d'étendue pour le produire ; nous n'avons trouvé chez un tuberculeux qui avait eu pendant plusieurs semaines une diarrhée rebelle à tous les moyens de traitement que deux petites ulcérations de petites dimensions. Les lésions typhiques du gros intestin, lésions irritatives et destructives, semblent donc au même titre que celles de la tuberculose, aptes à provoquer la diarrhée. Voyons l'opinion de quelques

auteurs au sujet de ce symptôme dans les cas de colé-typhoïde, et comment il se révèle dans nos observations. Nous n'envisagerons pas uniquement les cas où la localisation des lésions sur le gros intestin aura été primitive, car cette variété est trop rare, mais surtout celle qui résulte de l'extension plus considérable des lésions et de l'envahissement du gros intestin.

Pour Louis, la diarrhée est un phénomène fréquent, elle ne serait pas toujours due aux ulcérations du gros intestin, mais parfois à celles de l'intestin grêle, bien que ce cas soit l'exception. La diarrhée est apparue en effet dès le début de la dothiéntérie alors que le gros intestin était indemne. Généralement aux lésions de cet organe, correspond une diarrhée proportionnelle et à caractères particuliers. Dans les cas publiés par Leudet et autres auteurs, si son apparition n'est pas constante, elle est au moins fréquente. C'est une diarrhée abondante, profuse (de huit à vingt selles environ dans les vingt-quatre heures), généralement très persistante quelquefois cessant quelque temps avant la mort, souvent par suite de l'intervention d'une complication, telle que péritonite, ou peut-être par atonie progressive de l'intestin. Louis, parlant du rapport de la diarrhée avec l'état du gros intestin, conclut que la longueur et l'intensité du dévoiement n'indiquait pas d'une manière certaine une lésion de la membrane muqueuse du gros intestin. Et à part les cas dans lesquels il y a à la fois des douleurs dans la direction du colon transverse, des épreintes et des selles extrêmement fréquentes, il ne croit pas que la diarrhée ait son siège non pas exclusivement dans le gros intestin, mais même dans une de ses parties.

Andral de son côté écrit . « On a dit que la diarrhée était l'indice de l'irritation du gros intestin : on l'a donné comme signe de la colite et l'on a prétendu que tant que l'irritation était borné à l'intestin grêle, il y avait au contraire constipation. Nos observations ne sont nullement d'accord avec ces idées ; nous avons trouvé sur beaucoup de cadavres le gros intestin parfaitement sain dans toute son étendue, bien que pendant la vie et jusqu'à l'instant de la mort, une abondante diarrhée ait existé : il nous a paru qu'il suffisait pour qu'il y eût dévoiement que la fin de l'intestin grêle fût altérée d'une manière quelconque.

Dans son mémoire à l'Académie de médecine, Leudet reproduit d'après Monneret et Fleury cette phrase : « Un grand nombre de sujets meurent épuisés par un dévoiement intense qui se déclare après le vingtième jour ou plus tard encore, lorsque la convalescence est déjà établie. L'ulcération du gros intestin et des plaques de Peyer est la cause de cette diarrhée persistante. » Hutinel, dans son étude sur la convalescence et les rechûtes de la fièvre typhoïde, écrit : « Quelquefois la diarrhée prend le caractère dysentérique ; elle est due alors à de nombreuses et graves lésions du gros intestin sur lesquelles ont insisté Griesinger et Liebermeister. Ces auteurs ont vu la muqueuse du colon recouverte d'un exsudat fibrineux et épais, présenter une infiltration notable de son tissu et de petits foyers ecchymotiques. »

Pour Gueneau de Mussy « dans bien des cas, l'intensité de la diarrhée n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions intestinales. Chez des malades qui ont été constamment constipés, on peut trouver des ulcérations profondes. Quelquefois même elles sont en contact avec les

sybales qui sont restées dans la cavité de l'intestin grêle. Mais si cette proportion est exacte pour les lésions de l'intestin grêle, elle « ne lui » paraît pas applicable à celles du gros intestin et dans le cas où les lésions sont très accentuées, « il a » toujours rencontré la diarrhée.

Enfin, M. le professeur Laveran, sur trois malades où la nécropsie lui a révélé cette localisation de la fièvre typhoïde, n'a pas constaté une diarrhée très abondante. Chez aucun d'eux, il ne note de selles fréquentes. Il en fut de même dans les cas de MM. Rendu et Hanot.

La diarrhée profuse, persistante, n'est donc pas un symptôme constant, pathognomonique d'après les auteurs précédents.

Si nous nous reportons à nos observations, nous constatons dans l'observation I une diarrhée profuse, inconsciente, et l'autopsie révèle des lésions plus avancées et plus nombreuses que dans le petit intestin. Dans l'observation II, nous lisons : La diarrhée l'a prise trois jours ; après elle ne l'a plus quittée. Elle est très abondante, jusqu'à dix-huit selles par nuit. Les matières sont très fétides. A l'autopsie, on constate : « sur tout le trajet du gros intestin, des quantités de follicules clos tuméfiés, arrondis, entourés d'un cercle rouge, puis composés d'une sorte de vésicule ulcérée et aplatie à la partie centrale. On est frappé par la ressemblance de la lésion sur cette portion de l'intestin avec les boutons de la variole. C'est une véritable dothiésentérie. » Et M. Mouisset ajoute : « Comme dans tous les cas de colotyphus, la diarrhée avait été profuse et inconsciente pendant les derniers jours, et il est manifeste que ces lésions sont bien plus fréquentes que celles qui avoisinent la valvule de

Bauhin. » Dans l'observation III (1), après un peu de constipation, et une amélioration réelle, la diarrhée s'est établie; elle est très abondante et d'une fétidité extrême. Il y a incontinence de matières fécales. Elle ne cesse guère que le dernier jour. Ici encore les lésions étaient encore plus manifestes dans le gros intestin. Le sujet de l'observation IV eut une diarrhée peu intense; mais il n'y avait qu'une lésion du gros intestin. Ce n'était pas un cas type de colotyphus. Dans l'observation V, le

(1) Dans une famille deux enfants et la femme de chambre contractent la dothiéntérie à quelques jours de distance et vraisemblablement à la même source. Toutes les trois sont alitées. La plus jeune malade, une enfant de trois ans, meurt du quinzième au vingtième jour de la maladie. Elle n'a eu aucune complication en dehors des troubles de l'appareil digestif. Mais elle a eu dans la période aiguë de sa maladie une diarrhée abondante. C'est de cette diarrhée dont elle est morte et les selles dans les derniers jours étaient très fréquentes, aqueuses, incolores, fétides, cholériformes. En raison de ces symptômes et de la terminaison de la maladie, on pense qu'il s'est agi d'un colotyphus. La femme de chambre est soignée à l'Hôtel-Dieu. On communique au chef de service les renseignements précédents pour chercher les analogies qui peuvent exister entre les deux malades.

La diarrhée s'installe, la malade meurt et l'autopsie montre les lésions du gros intestin.

La troisième malade a guéri. C'est une enfant de six ans. Elle a eu une dothiéntérie grave; la diarrhée a été assez abondante sans que chez elle ce symptôme par son intensité ait mérité une attention particulière. Cependant à la fin de la période aiguë les selles sont devenues glaireuses, sanguinolentes, rappelant pendant deux ou trois jours par leurs caractères les selles de l'entéro-colite. Cette modification peut également faire croire que le gros intestin ait été le siège de quelques lésions.

Le résumé de ces trois observations nous paraît intéressant à signaler. On a songé à un colotyphus chez la première malade. Après avoir eu l'attention attirée sur ce diagnostic on a pu le confirmer et le vérifier chez la seconde malade, et la troisième malade a présenté également des selles dysentériques permettant de croire à des lésions du gros intestin. Rappelons qu'il s'agit de trois malades ayant contracté la dothiéntérie à la même source et qu'il y aurait peut-être lieu de se demander si les caractères cliniques et anatomiques de la maladie ne sont pas en rapport avec une infection particulière. Dans des cas semblables, il y aurait lieu de faire des recherches bactériologiques.

nombre des selles diarrhéiques ne fut pas très considérable, et cependant à la nécropsie il est noté : « Dans la partie supérieure, les ulcérations ne se comptent plus. La surface de l'intestin ressemble à celle d'un cerveau. Les circonvolutions sont représentées par les parties réelles de la muqueuse, les sillons par des ulcérations. En effet, il y a une sorte de destruction générale avec persistance de cordons muqueux qui forment comme des réseaux. Le fond ulcéré est grisâtre. La muqueuse persistante est rouge et oedématiée. Le cœcum tout entier présente cet aspect. » Dans l'observation VI, la diarrhée fut abondante. Dans celle de MM. Devic et Roux publiée dans la *Province médicale* elle fut intense. Dans les deux cas, l'autopsie a montré la prédominance des lésions du gros intestin sur celles du petit.

Ainsi la diarrhée intense et persistante n'est pas un symptôme absolument constant. Elle ne peut révéler à elle seule cette localisation intestinale. Elle peut seulement y faire penser.

Si physiologiquement ce symptôme nous semble naturel, explicable dans une affection ulcérationnelle, on peut se demander quelles sont les causes de son absence dans certains cas que l'autopsie nous révèle ressortir du colotyphus. Il est bien difficile de répondre à cette question. Sans doute interviennent ici quelques causes secondaires qui modifient ce symptôme. D'ailleurs, le seul fait que les lésions de l'iléon peuvent être cause parfois de diarrhée complique déjà le diagnostic, puisque la différence ne peut consister que dans l'intensité et la persistance de ce symptôme. Et c'est bien dans ces cas que les moindres circonstances secondaires altérant sa modalité peuvent rendre difficiles cette distinction.

Suivant les auteurs et les observations que nous publions, cette diarrhée du colotypus est d'une extrême fétidité, beaucoup plus considérable que celle qui caractérise les selles de dothiésentérie commune. N'y aurait-il pas là un moyen de différencier la diarrhée due à des ulcérations de colotyphoïde de celle provoquée par des lésions catarrhales simples, telles que celles du catarrhe gastro-intestinal. M. Hutinel attribue ce caractère aux selles de la convalescence. « Les caractères de cette diarrhée de la convalescence diffèrent de celle de la période d'état. De jaunes et ocreuses les selles sont devenues grisâtres. Elles sont extrêmement fétides, dégagent une odeur de macération et contiennent souvent des débris de substances alimentaires non digérées. »

Il nous faut aussi tenir compte de l'état physique de ces selles. « Les selles typhoïdiques, dit Homolle, possèdent, à partir du huitième au dixième jour surtout, quelques caractères qui leur sont propres et qui pourraient fournir dans les cas douteux un élément de diagnostic. Elles sont liquides avec la consistance d'une purée très claire ou une fluidité presque égale à celle de l'eau; elles n'ont jamais dans les cas simples le caractère muqueux ou glaireux et ne sont jamais mousseuses; leur couleur est d'un gris jaunâtre ou plus souvent d'un jaune d'ocre. Elles sont rendues opaques ou du moins très troubles par la présence de particules solides en grumeaux et en flocons qui les font ressembler, pour employer une comparaison classique en Allemagne, à une soupe aux pois secs (avec une teinte plus jaune, moins verdâtre). Sur les linges où elles sont répandues, elles forment une tache ocreuse, ponctuée, entourée d'une large zone à peine colorée, la teinte rou-

géâtre qu'on observe souvent est due en grande partie au mélange de l'urine. »

D'après les observations recueillies par M. Mouisset, les selles des colotyphiques sont plus aqueuses encore, ce qui semble assez naturel. La diarrhée étant plus intense est forcément moins chargée en matériaux solides. La connaissance de cet état physique des selles permettra dans quelques circonstances de différencier celles de colotyphoïde de celles dues à des complications intercurrentes, dysenterie, entéro-colite, etc.

Nous fierons-nous sur l'époque d'apparition de la diarrhée pour diagnostiquer la localisation des lésions qui la provoquent ? Si avec quelques auteurs, nous faisons du colotyphus la lésion de la rechute, cette diarrhée symptomatique ne devrait apparaître qu'à cette période. C'est quelquefois vrai, mais c'est loin d'être la règle générale.

Nous parlerons, d'ailleurs, de cette question plus loin. « Dans les fièvres typhoïdes normales et traitées par les bains froids, écrivent MM. Devic et Roux, il est rare que la diarrhée soit persistante », et il en est ainsi « même dans les cas très graves avec délire, stupeur et selles involontaires. »

« La persistance de la diarrhée indique donc, surtout chez les malades traités par les bains froids, une forme anormale, et devra attirer l'attention du côté du gros intestin. Dans quelques cas de ce genre (persistance du flux diarrhéique), disent encore MM. Tripier et Bouveret, outre les ulcérations caractéristiques de l'intestin grêle, nous avons trouvé le gros intestin criblé d'ulcérations typhoïdes. »

Nos observations ne contredisent pas cette assertion, sans cependant la confirmer bien nettement. Dans le cas de MM. Devic et Roux la diarrhée avait été persistante pendant toute la maladie, mais s'était aggravée au moment où la température commençait à s'abaisser. « C'est là, disent-ils, un fait qui ne s'observe pas habituellement dans les fièvres normales et semble bien devoir être mis sur le compte des lésions du colon. » Cette relation entre la température et la diarrhée serait-elle susceptible de nous mettre sur la voie du diagnostic ? Cette diarrhée profuse agirait-elle comme la diarrhée cholériforme ? Notre observation II concorde assez bien avec cette donnée, mais dans l'observation I la courbe générale semble plutôt se relever au moment où la diarrhée devient plus abondante. Dans l'observation III avec la recrudescence de la fièvre, la diarrhée augmente. Dans l'observation IV, elle baisse bien évidemment, mais ici la malade meurt d'hémorrhagie et naturellement il y a refroidissement général. De telle sorte que nous n'oserions nous prononcer d'après ces quelques cas.

Météorisme.

Trouverons-nous maintenant dans le symptôme météorisme la clef de l'énigme que nous cherchons à élucider. « Le météorisme de la région abdominale supérieure, dit M. le professeur Laveran, paraît devoir être interprété quand il existe chez les malades atteints de dothiérien-térie comme un signe d'une localisation importante des lésions anatomiques dans le gros intestin. » Selon Hal-

loveau « le météorisme s'observe dans toutes les maladies qui diminuent la tonicité des fibres musculaires de l'intestin. » Cette atonie « est habituelle dans la fièvre typhoïde. » Louis trouve un météorisme considérable chez les trois quarts des sujets de ses observations qui en offraient l'exemple. « On ne saurait, dit-il, attribuer le météorisme à une lésion appréciable de la membrane muqueuse du colon, aucune n'étant constante » et moins aux ulcérations qu'à tout autre, puisqu'elles n'existaient que dans six des cas dont il s'agit. » Pour lui le siège principal et souvent unique du météorisme est le gros intestin ; il constate qu'il existait surtout chez les malades mort du 20^e au 30^e jour de leur affection. » Suivant Andral, il « ne peut être expliqué par aucune des altérations que l'ouverture des cadavres montre dans cet intestin », et en note il ajoute : « L'exhalation d'une grande quantité de gaz dans l'intestin est tellement indépendante d'un état de phlegmasie que d'une part on voit la tympanite se développer dans les cas où il n'existe certainement rien qui ressemble à une entérite, comme dans certaines névroses, et que d'autre part on ne l'observe pas chez les phtisiques dont les intestins présentent toutes les variétés possibles d'inflammation. »

Guéneau de Mussy cite le météorisme intense comme un symptôme qu'il a rencontré dans les cas d'ulcérations du gros intestin, et cet organe lui paraît en être le principal siège. Homolle admet que des lésions profondes et très étendues de l'intestin, l'infiltration diffuse de la muqueuse du colon, la retention des matières fécales favorisent le développement d'un météorisme intense. Mercier écrit : « Mais la production du météorisme peut tenir à tant de

causes qu'on ne sait vraiment trop quelle part d'influence il faut attribuer à l'altération des follicules isolés du colon ; certes, la paralysie de la tunique musculaire de ce viscère peut être favorisée par les ulcérations de sa tunique interne, d'après la loi de Stokes. Mais dans la majorité des cas, l'intervention du système nerveux central paraît jouer le plus grand rôle dans la production de cet accident. On l'observe au plus haut degré dans les formes ataxo-adyamiques de la fièvre typhoïde. En outre le même auteur donne comme cause possible l'altération du foie, altération presque constante dans la fièvre typhoïde.

La sécrétion biliaire serait transformée et Mercier conclut que ce symptôme n'a qu'une importance médiocre dans le diagnostic du colotyphus. « Telles sont les opinions de différents auteurs sur ce symptôme. Voyons comment il ressort de nos observations. Dans la première, les anses intestinales se dessinaient à travers la paroi ; dans les trois suivantes, il existe sans intensité ; dans la cinquième, il varie pendant toute la maladie. Les mensurations de la circonférence du ventre vont de 65 à 72 centimètres pour une fille de quatorze ans. Il est donc ici bien net. D'après MM. Devic et Roux, « habituellement le météorisme disparaît rapidement chez les malades baignés. Sa persistance doit éveiller l'attention ». Cependant le météorisme n'a d'importance pour eux dans le colotyphus que lorsqu'il siège nettement sur le gros intestin : « par exemple dessine un fer à cheval ou se localise à l'épigastre sur le trajet du colon transverse comme dans le cas de M. le professeur Laveran. »

En résumé, le symptôme météorisme, sans avoir une valeur bien grande, peut contribuer à faire découvrir la

lésion. Il n'est pas pathognomonique, puisqu'on le trouve dans la dothiéntérie ordinaire, mais le fait de son siège presque exclusif sur le gros intestin semble bien indiquer que celui-ci est atteint. Peut-on dire exactement dans quelle proportion il l'est ; est-ce par suite d'un état congestif, par atonie, par ulcération ? nous ne le croyons pas.

Douleur abdominale.

Si maintenant nous considérons que dans cette localisation de la fièvre typhoïde le gros intestin dont le trajet est bien déterminé par rapport à la paroi abdominale est lésé, ulcéré, ne serions-nous pas autorisés à rechercher le symptôme douleur, symptôme qui logiquement sera localisé sur le trajet de ce gros intestin, et que devraient réveiller au moins des pressions sur la paroi abdominale ? Et de fait un certain nombre d'observations où la nécropsie dévoila les lésions du gros intestin révèle son existence. Mais ce signe est aussi fréquemment noté dans des cas de dothiéntérie ordinaire, et cette douleur est alors généralement localisée dans la fosse iliaque droite. Il est évident que si cette douleur siège dans la fosse iliaque gauche ou au niveau du colon transverse, il ne pourra y avoir confusion. Dans la fosse iliaque droite au contraire, l'iléon, siège le plus fréquent du maximum des lésions, aboutit dans le cœcum et par suite il pourra être le siège de la douleur sans que le cœcum y participe en quoi que ce soit.

Chez les typhiques la douleur de la péritonite ou des ulcérations intestinales est assez souvent accusée par le

malade lui-même, mais il importe de savoir que dans le colotyphus, si la douleur peut être spontanée, il existe de nombreux cas où elle doit être recherchée par l'observateur qui constatera très nettement l'existence de ce symptôme en le provoquant alors que le malade ne l'accusait pas.

En général, les typhiques n'ont pas de douleur abdominale, sauf au début, où des douleurs légères et passagères sont assez fréquentes. Plus tard si un typhique se plaint de douleurs abdominales, il faut tout de suite songer aux hypothèses suivantes : péritonite, ulcérations du gros intestin.

La péritonite peut être une péritonite suraiguë due à une perforation intestinale et le cortège symptomatique de cette complication rend le diagnostic facile. D'autres fois il s'agit d'accidents péritonéaux moins graves. C'est dans ces cas que les douleurs engendrées par la péritonite peuvent être confondues avec celles du colotyphus. Disons cependant qu'en général les douleurs de la péritonite sont plus diffuses et que même légères elles s'accompagnent souvent de vomissements ou d'autres symptômes, observés dans les cas d'inflammation du péritoine. Mais ce qu'il importe de savoir c'est que si l'on suppose l'existence d'un colotyphus le symptôme *douleur*, dont la valeur ne paraît pas contestable, doit toujours être recherché, car il est possible que le malade n'accuse aucune souffrance, que même après avoir eu l'attention attirée du côté de son abdomen, il ne constate lui-même aucun trouble de sensibilité et cependant l'examen peut révéler une douleur vive et très significative. Pour cela il faut faire une exploration méthodique, déprimer la paroi abdominale sur tout le

trajet du gros intestin et en certains points la pression exercée sur des surfaces limitées provoquera immédiatement une douleur vive donnant au malade une sensation qu'il compare lui-même à celle qui serait produite au contact d'une plaie.

Les observateurs se sont souvent préoccupés de la signification de ce symptôme. Louis, qui en parle d'une façon générale au sujet de la dothiéntérie, écrit : « ces douleurs n'indiquent pas moins sûrement une lésion de la muqueuse intestinale que la diarrhée. Elles affectaient ordinairement les fosses iliaques, la fosse iliaque droite surtout : plus souvent encore la région hypogastrique, rarement la direction du colon transverse. » « La douleur de l'abdomen, dit Andral, ne correspond pas aux lésions de l'intestin. Elle peut manquer là où les lésions sont parfois intenses. » Leudet ne signale pas ce symptôme au point de vue du diagnostic des lésions du gros intestin, mais sur neuf observations où il s'en préoccupe, son existence est constatée six fois, et les trois autres fois il y avait de l'indolence. Mercier considère ce signe, ainsi que la diarrhée et le météorisme, comme insuffisant pour établir le diagnostic. Dans une observation de Barth, publiée dans les bulletins de la Société anatomique (15 février 1884), et dans laquelle l'autopsie montre les lésions localisées au colon descendant, à l'S iliaque et un épanchement stercoral dans la fosse iliaque gauche, le maximum de la douleur était en effet à gauche. Dans les trois observations 9, 10, 16 de la thèse de Gouronnec, observations dues à Murchison, Besnier et Juhen Renoy, la douleur correspondit au siège des lésions. « Peu de typhiques, dit Homolle, se plaignent de douleurs diffuses dans le ventre

ou de coliques, s'ils ne sont pas interrogés spécialement à ce sujet. La douleur abdominale est cependant un symptôme commun dans les premiers jours de la maladie, mais elle est presque toujours très modérée et n'a qu'une part secondaire dans les souffrances du début ; elle est à peu près sans valeur séméiotique. » Plus loin il ajoute : « la sensibilité à la pression s'étend parfois à toute la région du colon ou plus particulièrement à la fosse iliaque gauche ; on pensera, en pareil cas, soit à une accumulation des matières fécales, ce qui est le cas le plus fréquent, soit à des lésions étendues au gros intestin. »

Ce symptôme est noté dans les six observations que nous publions. Dans la première, elle fit penser au colotypus, et la nécropsie démontra la réalité de cette assertion. Dans l'observation de MM. Devic et Roux, elle fut soigneusement recherchée, et fut constatée. « La localisation des douleurs au niveau du colon, soit tout le long de son trajet, comme dans quelques cas de Mercier, soit dans les deux fosses iliaques comme dans le nôtre, pourra également faire soupçonner une lésion du gros intestin. »

Le symptôme gargouillement dans les fosses iliaques ne peut être d'aucune utilité ; il n'est que l'accompagnement de la diarrhée profuse.

Tels sont les principaux symptômes propres à établir ce diagnostic. On en a énoncé de secondaires dont la présence augmenterait leur valeur : époque d'apparition de ces lésions, état général du malade pendant leur évolution. Nous dirons aussi un mot d'une étiologie assez commune de ces accidents.

Ces symptômes apparaissent tantôt dans la période

d'état, tantôt plus tard, généralement vers le trentième ou quarantième jour. « La rareté des altérations graves du gros intestin, dit Leudet, chez les malades qui succombèrent à une époque peu avancée de la maladie est au contraire un fait bien connu. » Quelques auteurs veulent que ce soit la lésion de la rechute. Nous avons déjà combattu cette opinion à propos de la diarrhée. Les observations de Louis, qui sont classées par période de durée de la maladie, montrent que si les lésions du gros intestin sont plus rares chez les malades morts après une affection peu prolongée, elles n'en existent pas moins chez eux. Et M. le professeur Tripier admet qu'au moment de la rechute, il ne se fait pas de poussées nouvelles dans la muqueuse intestinale. Nos observations nous montrent que ces lésions ont évolué la plupart du temps dans la période d'état. Cela ne veut pas dire qu'elles ne puissent se produire pendant la rechute, témoin l'observation III. (Ici ce ne fut pas une rechute proprement dite, puisque malgré l'amélioration réelle, la température ne revint jamais absolument à la normale). On a quelquefois confondu des fièvres symptomatiques avec des rechutes véritables. La communication de M. le professeur Cornil à la Société médicale des hôpitaux rentre dans cette catégorie de faits. Il admit « une rechute de la fièvre à symptômes typhoïdes, causée par un catharrhe alcoolique de la plus grande intensité. » Il pense « qu'il s'agit dans la majorité des cas d'une fièvre symptomatique d'une entéro-colite ou même d'une complication qui échappe quelquefois à l'observateur. La fièvre symptomatique de l'entéro-colite de la convalescence doit être distinguée de la rechute. C'est un accident de la convalescence et non une réversion de la maladie ».

M. le professeur Potain n'est pas aussi exclusif. Il admet, ainsi que MM. Meunier et Hutinel, que la reproduction des lésions intestinales est possible, commune même, surtout dans les cas graves, mais qu'elle n'est pas constante. Ce qui n'est pas, comme nous l'avons déjà dit, l'opinion de M. Tripiier.

Leudet signale encore les erreurs de régime. Il a constaté fréquemment le début latent de l'affection, caché par des malades usant des aliments qu'on leur donnait en l'absence de la connaissance de la diarrhée. C'est aussi l'avis de Monneret et de Fleury. Dans notre observation III, un écart de régime fut le début de symptômes alarmants, de lésions localisées sur le gros intestin. La malade allait mieux ; une parente lui apporta un potage dont la semoule était mal cuite, la température remonta et tous les symptômes d'un colotyphus apparurent, alors que dans la première période, ils n'avaient eu que le caractère de ceux d'une dothiéntérie ordinaire.

Mais ce qui frappe dans toutes les observations, ce que tous les auteurs ont remarqué, ce sont les signes d'un affaiblissement progressif, comme l'amaigrissement, l'altération de la face, la pâleur cachectique du teint, la formation d'escharres dans les régions du corps les plus déclives. Dans tous les cas de colotyphus à selles abondantes, il se produit une altération rapide de l'état général. En même temps le malade prend le facies d'un cholérique. Il tombe rapidement dans un état adynamique inquiétant, dans la prostration. D'autres fois il délire, s'agite, a des troubles nerveux considérables. « Très rares sont les cas où le malade garde sa lucidité d'intelligence pendant le cours de cette affection. »

Tels sont donc les symptômes les plus marquants de cette localisation. Diarrhée profuse, inconsciente, très fétide, météorisme intense, douleur abdominale quelquefois spontanée, mais plus souvent encore provoquée par la pression. En outre apparition de ces phénomènes de préférence entre le quarantième et le cinquantième jour, quelquefois à la suite d'imprudences dans l'alimentation et au milieu d'un état général très mauvais (le plus souvent adynamique).

Dans leur communication du 2 mars 1895, dans la *Province médicale* MM. Devic et Roux écrivent : « Le diagnostic de colotyphoïde est-il possible? Jusqu'à présent il n'existe, à notre connaissance du moins, aucune observation où le diagnostic fait pendant la vie ait été vérifié à l'autopsie. Toujours la maladie a été considérée comme fièvre typhoïde simple et les lésions du gros intestin furent des trouvailles d'autopsie. »

Nous ne dirons pas que ce diagnostic soit aisé ; mais cependant il a été fait et confirmé par la suite et cela à propos du malade de la première observation. Une autre fois, sans le faire positivement, M. Mouisset y a pensé ; et M. Bouveret, en nous remettant l'observation IV, nous a dit avoir songé à ce diagnostic, lorsqu'il donnait ses soins au sujet de cette observation. Nous avons donc ainsi trois observations où ce diagnostic, s'il n'a pas été fait d'une façon ferme, a été nettement pressenti. Et ce pressentiment a son importance au point de vue du pronostic, dont nous allons maintenant parler.

CHAPITRE II

DU PRONOSTIC

Le pronostic est grave. Sur trente-neuf observations recueillies de côté et d'autre, nous ne trouvons que deux guérisons. Et c'est en raison de la gravité de ce pronostic qu'il faut s'efforcer de faire le diagnostic.

Si nous cherchons à nous rendre compte de cette gravité du colotyphus, on peut en trouver l'explication par l'analyse des symptômes et de leurs conséquences. Nous avons vu que le colotyphus s'accompagne, en général, d'une diarrhée abondante. Or, la fréquence et l'abondance des selles est un symptôme grave de la dothiéntérie ; car cette diarrhée profuse, involontaire, très fétide est une cause de deshydratation, d'affaiblissement rapide, un obstacle à l'alimentation, une prédisposition aux accidents cutanés, aux érythèmes, aux escharres. Les malades maigrissent rapidement, leur teint s'altère, leurs forces baissent.

Faut-il invoquer comme le veut Mercier, suivant en cela les idées de pathologie générale de M. le professeur Bouchard, une auto-intoxication de l'organisme, une ster-

corémie ? Cette question n'est pas encore résolue. Mais tous les auteurs sont unanimes pour considérer cette diarrhée comme un symptôme grave. Louis dit qu'elle « est généralement plus intense chez les individus qui succombent que chez ceux qui guérissent après avoir éprouvé des symptômes graves ; mais elle est aussi incommode chez quelques-uns de ceux-ci par la fréquence du retour des selles que chez un plus grand nombre des premiers ; en outre, que la violence de ce symptôme dans un cas particulier est insuffisante pour en fixer le pronostic. » Il y a une corrélation étroite entre la gravité de la maladie et la fréquence et l'abondance des garde-robes ; ce rapport est confirmé par l'expérience et Murcherson l'appuie de son autorité fondée sur l'examen de plus de 2,000 cas. « Une diarrhée profuse avec douze, quinze, vingt évacuations par jour, outre qu'elle indique toujours un degré intense de l'infection typhoïde, constitue par elle-même un véritable danger ; elle est une cause de déperdition organique considérable, et entraîne rapidement des phénomènes d'adynamie ou chez d'autres provoque une agitation incessante. Le pouls devient plus fréquent et surtout beaucoup plus petit et plus dépressible ; la face pâlit, les traits se creusent, la peau tend à sécher, la température périphérique s'abaisse et l'on voit parfois se manifester une tendance au collapsus algide. Pour peu que la stupeur soit prononcée, les évacuations alvines sont le plus souvent involontaires, et malgré tous les soins les plus attentifs on ne peut empêcher que les téguments soient irrités par le contact des déjections ; l'érythème et les escharres sont imminents, et quand ils sont développés, leur traitement est sérieusement entravé ; les soins même

qu'il faut alors donner aux malades deviennent une cause continuelle d'agitation et de fatigue. »

Il serait intéressant de connaître, dans quel rapport la diarrhée réagit sur l'état général et l'état général sur la diarrhée. Il y a là évidemment un cercle vicieux. L'un et l'autre agissent réciproquement sur l'autre symptôme et ne peuvent qu'aggraver le pronostic.

Le météorisme est aussi une complication sérieuse, car indépendamment de l'adynamie qu'il révèle, il devient à son tour une cause mécanique qui vient augmenter les troubles fonctionnels des voies digestives et de l'appareil respiratoire.

Ainsi donc deux symptômes qui permettent souvent de faire le diagnostic de colotyphus, la diarrhée profuse et le météorisme, donnent aussi l'explication de la gravité du pronostic. Nous pourrions ajouter que dans le colotyphus les lésions du gros intestin étant le plus souvent surajoutées aux lésions du petit intestin par extension de la maladie, l'existence des ulcérations sur le colon s'observe dans les formes sévères qui résultent d'une infection intense.

On pourrait nous demander à quoi peut être utile de faire ce diagnostic. L'état général du sujet, l'intensité des symptômes indiquent bien suffisamment par eux-mêmes la gravité du pronostic. Mais n'est-ce pas le devoir du clinicien de rechercher les causes, de remonter à la source des faits, pour en déduire un pronostic sérieux et raisonné ?

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le D^r Mouisset. (Inédite.)

Dothiésentérie. — Colotyphus. — Décès le dix-neuvième jour.
Traitement rigoureux par la méthode de Brand.

Diagnostic et résumé. — Fièvre typhoïde : Forme grave par l'intensité de l'infection. Dès le premier juin, le pronostic avait paru grave, parce que le malade se plaignait de douleurs abdominales et les anses intestinales se dessinaient à travers la paroi. — Douleurs plus fortes à la pression. — On redoutait une péritonite. L'adynamie augmente, une diarrhée profuse inconsciente s'établit. Les douleurs abdominales à la pression persistent. On pense à un colotyphus. — Les deux derniers jours, raideur des membres, injection vive des conjonctives.

L..., âgé de 25 ans, menuisier, entre le 9 septembre 1893, à la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il est malade depuis 10 jours, et se plaint de coliques et de diarrhée. Père mort de fluxion de poitrine. — Mère et deux sœurs bien portantes. Personnellement, pas de maladies graves antérieures, a toujours eu une santé parfaite. A noter influenza en 1891. Absence d'accidents rhumatismaux, pulmonaires, vénériens ; il nie l'alcoolisme.

La maladie actuelle aurait débuté, il ya 10 jours par des maux de tête constants en forme de couronne frontale, des coliques

assez fortes accompagnées de selles diarrhéiques fétides, assez nombreuses (10, 12, 15 par jour). — En même temps courbature généralisée, douleurs à la nuque comparées par le malade au torticolis. Apparition de fièvre, surtout nocturne, avec insomnie, subdelirium, agitation. Tous les symptômes, survenus en même temps, ont été croissant d'intensité et durent encore. — Pas d'épistaxis, pas de mal de gorge. Pas de vomissements, mais anorexie.

Le malade a été obligé de suspendre son travail 2 jours avant son entrée.

Actuellement un peu de prostration, œil assez terne, langue saburrale, tremblotante, peau chaude. Le ventre est ballonné, avec un léger tympanisme, quelques taches rosées lenticulaires peu marquées; crépitation dans les fosses iliaques par la pression, légère douleur. La rate est un peu hypertrophiée — matité de trois à quatre travers de doigt. — Fuliginosités des lèvres, des dents, langue sèche, saburrale au centre, rouge sur les bords tremblotants. — Fond du pharynx, rouge sans ulcérations appréciables. Au cœur premier bruit de la pointe, sourd, mal frappé, de même pour les bruits de la base. — Régulier. — Pouls petit, mou, sans dicrotisme, régulier = 80. Aux poumons, respiration régulière, sans augmentation dans le nombre des inspirations et respirations. Affaiblissement du murmure vésiculaire. — Quelques râles sibilants.

Urines diminuées de quantité — Albuminurie. Température 40°,5. Le malade se plaint surtout de la céphalée et de coliques intermittentes.

9 septembre. — Le malade a eu hier des vomissements alimentaires à 2 ou 3 reprises (lait). Quelques douleurs abdominales.

10 septembre. — Aujourd'hui les vomissements ont disparu; mais coliques très fortes. Les selles sont réduites à 3 ou 4 jours depuis l'entrée. Ventre météorisé, sous la paroi duquel paraissent se dessiner des anses intestinales.

11 septembre. — Les coliques ont disparu. Persistance de météorisation.

14 septembre. — Stupeur très grande. Adynamie. Diarrhée très abondante, quelquefois inconsciente. Aujourd'hui néanmoins ballonnement moins grand, diminution à l'épigastre. Le poulx n'est pas mauvais (112), très dicrote. Au cœur, l'affaiblissement persiste au premier bruit. Bains à 20° ont produit un abaissement plus marqué.

16 septembre. — Persistance de l'adynamie. Incontinence des matières. Persistance de la température, mais abaissement marqué après les bains. Cœur moins faible. Rien aux poumons.

Autopsie. — Pas de méningite. Congestion simple et œdème considérable. Cœur en systole, muscle bon, rouge, du reste pas de signes de faiblesse cardiaque. Congestion noire à la base des deux poumons. Rate volumineuse. Reins congestionnés.

Intestins. — Injection vive de la dernière portion de l'intestin grêle avec gonflement très marqué des plaques de Peyer. Une seule est en voie d'ulcération au niveau de la valvule de Bauhin. Appendice énorme et distendu. A son orifice tuméfaction ulcérée au niveau d'une plaque de Peyer.

Gros intestins. — Dans la première moitié, ulcérations plus ou moins arrondies et en nombre très considérable. En somme lésions plus avancées et plus nombreuses que dans le petit intestin.

OBSERVATION II

due à l'obligeance de M. le docteur Mouisset. (Inédite)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ.

Dothiéntérie datant de trois semaines. Typhus ambulatoire.

Pendant quinze jours, la malade a continué ses occupations habituelles, mais était obligée de se coucher deux ou trois heures par jour. La troisième semaine, elle va à la consultation gratuite du bureau de bienfaisance, où on lui a conseillé d'en-

trer à l'hôpital. Elle entre avec les symptômes d'une dothiéntérie avec température élevée, mais son état ne paraît pas inquiétant. La prostration ne commence que deux jours plus tard et en même temps la malade a du délire. Les râles de bronchite simple s'accompagnent le 17 de quelques râles humides, sans souffle. Le malade ne tousse pas beaucoup. Le 18 mars dans la matinée, elle tombe brusquement dans le collapsus cardiaque.

P..., âgée de 19 ans, coiffeuse, entre le 14 mars 1894, à la salle Sainte-Marie de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Elle n'avait jamais été malade. Le 25 février au soir, céphalée violente, frissons, fatigue générale; elle ne pouvait se tenir debout. Pas de douleur de nuque, pas d'épistaxis. Elle se mit au lit à cause de sa faiblesse et de sa céphalée.

La diarrhée l'a prise trois jours; après elle ne l'a plus quittée. Elle est très abondante, jusqu'à dix-huit selles par nuit, ses matières sont très fétides.

Sa bouche la fait particulièrement souffrir à cause de sa sécheresse. Elle tousse depuis une dizaine de jours, elle ne crache pas.

Actuellement. — C'est le dix-huitième jour de sa maladie. Peau congestionnée, mais l'état général est assez bon; la malade répond bien aux questions qu'on lui adresse. Sa bouche est toujours très sèche, sa soif intense. La dyspnée est assez prononcée; sa toux est rare; expectoration nulle. Ventre un peu ballonné, on détermine de légères douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Taches rosées non douteuses. Bain à 25°.

Poumons. — Sonorité parfaite, diminution du murmure. Râles sibilants et ronflants disséminés, mais discrets. Cœur normal. Urines: fort disque d'albumine. Température 40°. Langue étalée, sèche, rouge sur les bords.

16 mars. — Persistance de la diarrhée et du ballonnement du ventre. La malade, qui hier présentait un état cérébral a peu près normal, est aujourd'hui obnubilée. Les conjonctives

sont injectées. (Glace sur la tête et sur le ventre. Bains à 23 degrés).

17 mars. — Depuis hier 4 heures, la malade délire, on a été obligé de lui mettre la camisole. Pouls 132. Quelques râles humides à la base gauche. (Bains à vingt degrés).

18 mars. — A huit heures du matin, la malade ne paraissait pas dans un état plus grave. A 11 heures, après un bain, on la voit s'affaiblir, et bientôt après, elle est en collapsus cardiaque. Pouls 160. Rythme fœtal. Abolition de la récurrence palmaire, cyanose des extrémités et de la face, — râles trachéaux. — Echec d'injection multiples de caféine. Mort dans la soirée.

Ainsi, cette malade était entrée au dix-huitième jour d'une dothiéntérie, mais son état ne paraissait pas grave. Elle était grande, forte, bien musclée, un peu grosse.

Deux jours plus tard, apparition de phénomènes nerveux graves, nécessitant la camisole, en même temps *diarrhée profuse involontaire*. Cependant la courbe de la température et du pouls ne permet pas de porter un mauvais pronostic.

Le premier jour, la malade avait présenté le type des poumons typhiques : obscurité, râles sibilants et ronflants. Après les premiers bains, il était remarquable de voir combien ces symptômes s'étaient modifiés, on entendait beaucoup mieux la respiration et moins de râles de bronchite.

Cependant, le 18, un examen de la poitrine permet d'entendre quelques râles humides à la base gauche, mais ni la toux, ni la dyspnée, ni la température ne peuvent faire croire à une broncho-pneumonie.

Le 18 mars, la malade tombe brusquement, dans l'espace d'une heure, dans le collapsus cardiaque, sans que rien ait pu faire prévoir une complication aussi soudaine.

20 mars. — *Autopsie*. — Cœur 300 grammes, manifestement surchargé de graisse. Le muscle cardiaque n'est pas très rouge, mais brun jaune. Cependant, le sujet est une belle fille, grande, de 49 ans. Les artères et l'aorte présentent une coloration rouge de la tunique interne qui n'est pas le fait seul de l'imbi-

bition cadavérique, mais doit être en partie attribuée à la violence de l'infection.

De plus, au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte, il existe deux petites plaques d'aortite subaiguë.

Poumons très congestionnés. Poumon droit : exsudat fibrineux, pleurétique, récent, sans épanchement.

Poumon gauche : noyaux de broncho-pneumonie du volume d'une noix et d'une noisette, deux ou trois noyaux. Dans les deux poumons, à la base, il existe une induration rouge-brun, hémorrhagique, un morceau va au fond de l'eau. Sur les bords, la lésion à l'aspect d'un infarctus, tandis qu'au centre, on dirait plutôt une hémorrhagie diffuse.

Ces états du cœur et du poumon permettent de comprendre la soudaineté des accidents et leur mécanisme.

Le sujet était jeune et vigoureux, mais très gras. Sur l'abdomen, il existe un panicule adipeux disproportionné. La malade a eu une broncho-pneumonie évidente, mais peu étendue. Malgré cela cette complication a suffi pour retentir sur le cœur. Celui-ci, gras et dégénéré, n'a pas pu résister à la secousse. Puis à son tour, il a agi sur le poumon en produisant des infarctus ou apoplexie pulmonaire.

Rate volumineuse ; 350 grammes.

Pendant la vie, on ne l'avait perçue que le premier jour par la percussion sur une étendue de trois travers de doigt, tandis que son grand diamètre a 12 ou 15 centimètres.

Reins : congestionnés, avec quelques stries blanches de la substance corticale.

Foie très volumineux, décoloré, couleur chamois, et gras.

Intestins : nombreuses plaques de Peyer, grandes et disséminées sur l'iléon. Confluentes et volumineuses au niveau de la valvule où elles apparaissent épaissies et comme recouvertes de véritables croûtes jaunes brunâtres, composées de desquamation de la muqueuse et de matières fécales. De plus, sur tout le trajet du gros intestin, on constate des quantités de follicules clos tuméfiés, ulcérés, arrondis, entourés d'un cercle rouge, puis composés d'une sorte de vésicule ulcérée et aplatie à la portion

centrale ; on est frappé par la ressemblance de la lésion sur cette portion de l'intestin avec les boutons de la variole. C'est une véritable dothiéntérie.

Comme dans tous les cas de colotyphus, la diarrhée avait été profuse et inconsciente pendant les derniers jours de la maladie, et il est manifeste que ces lésions sont bien plus fréquentes que celles qui avoisinent la valvule de Bauhin. Il est possible qu'elles ne remontent pas à plus de huit jours.

En raison des troubles nerveux de la malade, on n'a pas pu constater la douleur à la pression, qui est habituellement accusée dans les cas de colotyphus, en même temps que la diarrhée devient incoercible.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le D^r Mouisset. (Inédite).

(Cette observation a été prise par M. le D^r Artaud, alors qu'il était interne dans le service de M. le professeur Teissier, suppléé à ce moment par M. le docteur Leclerc).

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Dothiéntérie. Recbute. Phénomènes graves, vomissements ; diarrhée extrêmement fétide, stupeur augmentant à mesure que la température baisse. — Autopsie. Lésions de colo typhus. Péritonite par propagation de l'inflammation viscérale. Pas de perforation.

J..., âgée de 24 ans, femme de chambre, entrée le 24 août 1894, à la salle Montazet de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Père et mère bien portants, ainsi que six frères ou sœurs. Bonne santé habituelle ; pas de maladies graves antérieures. Aucune trace d'alcoolisme, de syphilis, d'impaludisme ou de rhumatisme ; jamais enceinte, réglée à 14 ans, toujours régulièrement depuis cet âge. La malade est femme de chambre dans une maison bourgeoise, s'occupe surtout des enfants et n'a pas un travail pénible.

Depuis quelques jours la malade se trouvait sur la montagne,

au M.... : un des enfants qu'elle gardait, ayant bu pendant la nuit de l'eau provenant d'un puits voisin, et dont le goût était saumâtre, contracta la dothiéntérie. Elle soigna cet enfant, et le 12 août, elle ressent les premiers symptômes du mal : lassitudes généralisées, abattement, faiblesse dans les membres inférieurs, apathie, douleur dans la nuque. En même temps la céphalalgie survient avec intensité ainsi que la diarrhée et des épistaxis peu abondantes, mais répétées.

Elle ne s'alite que le 16 août, après être revenue à Lyon. Les phénomènes persistant et même devenant plus intenses, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Montazet.

A l'entrée, on constate un abattement assez marqué. La malade réagit peu, toutefois elle répond bien aux questions qui lui sont posées, n'a pas de perte de mémoire, ni de délire. Le facies est coloré, les yeux non éteints. La langue est blanche, sèche, fendillée, recouverte d'un léger enduit fuligineux, ainsi que les dents; elle est rosée à la pointe et sur les bords.

L'abdomen météorisé, non douloureux spontanément, sauf dans la fosse iliaque droite où la palpation réveille de la douleur et du gargouillement.

Pas de taches rosées sur l'abdomen, le dos, le thorax. Diarrhée arrêtée depuis hier, plutôt une légère constipation.

Rate : Augmentée de volume. On perçoit la matité sur une étendue de quatre travers de doigt environ.

Foie : Légèrement douloureux à la palpation; il déborde les fausses côtes de trois travers de doigt.

Poumons : Pas de matité, ni de modification de la voix ou du son. Des deux côtés, dans toute la hauteur, sibilances très accentuées. Aux bases, signes de congestion, râles humides nombreux. Pas de dyspnée, la malade ne crache pas.

Cœur : Les bruits sont bien frappés. Aucune modification dans le rythme, ni de trouble. Pouls régulier, plein, quatre-vingt pulsations.

Urine : Disque d'albumine. Température : 39°4.

Pas de phénomènes nerveux : la malade est calme et ne délire pas.

22 août. — On a mis la malade au bain, méthode de Brand. Même état général. Sur l'abdomen on trouve deux taches rosées très nettes.

25 août. — La température tend à descendre. La maladie paraît évoluer normalement. La malade vomit un peu et s'alimente mal. Elle supporte difficilement le lait, ne peut bien tolérer que le champagne glacé. La diarrhée a cessé. Muguet extrêmement abondant, gênant la déglutition, envahissant l'arrière-gorge.

30 août. — La température continue à baisser; la température a oscillé entre 38 et 39 degrés. Malgré cette rémission de la température, l'état général s'est aggravé : à mesure que la fièvre baisse, l'abattement, la prostration augmentent. La malade reste couchée sur le dos, inerte, répondant à peine aux questions posées. Elle ne se plaint de rien : quelques nausées s'accompagnant de vomissements. Le champagne glacé est seul toléré. Le muguet, malgré les badigeonnages fréquemment répétés, persiste avec la même intensité.

Urines : toujours disque notable d'albumine.

Pouls : faible, petit, rapide. Une injection de caféine.

Cœur : bruits sourds, éteints.

Les bains sont très bien supportés. Pas de diarrhée, la malade ne va du ventre qu'avec des lavements froids.

6 septembre. — Tous ces jours ci, l'état est demeuré à peu près stationnaire, sans aggravation, ni amélioration des symptômes. Le pouls s'est remonté. Rien du côté des poumons. La température oscille entre 38°3 et 38°8.

L'état général paraît s'améliorer, mais la prostration demeure très grande; pas de réaction; somnolence. La malade a faim.

11 septembre. — La température baisse de plus en plus, elle arrive à peine à 38°. Elle est tombée même à 36°6. L'état général se maintient assez bien. La prostration tout en étant moins marquée que ces derniers jours, demeure cependant grande.

Pas de diarrhée. Plus de nausées, ni de vomissements. On donne un œuf cru. La malade a toujours très faim.

12 septembre. — Ce matin, 38°,3 — On cesse toute alimentation et on redonne le régime des fièvres. Quelques nausées, pas de vomissements. La prostration persiste.

13 septembre. — La malade a fait un écart de régime. Elle a pris un potage apporté par une parente, dont la semoule était mal cuite. La température est remontée et s'est maintenue entre les 38°,5 et 38°,8. Quelques douleurs abdominales, s'accompagnant de vomissements verdâtres, peu abondants, survenant dans le courant de la journée.

La langue est toujours blanchâtre; la diarrhée fait son apparition. Elle est peu abondante, mais extrêmement fétide.

14 septembre. — La journée d'hier a été très mauvaise. La température s'est élevée, a atteint 40°,8. La langue est rouge, sèche, dépouillée de son épithélium. Le muguet a complètement disparu.

L'abdomen est légèrement ballonné, douloureux spontanément et à la pression, uniformément dans toute l'étendue. Dans la fosse iliaque droite la palpation augmente les douleurs, et révèle du gargouillement. Les douleurs paraissent prendre naissance à droite pour s'irradier ensuite dans tout l'abdomen.

La diarrhée est très abondante et d'une fétidité extrême. Incontinence des matières fécales. Pas de taches rosées. Les vomissements continuent, verdâtres, mais moins abondants que ceux d'hier. La malade est toujours mise aux bains, mais elle éprouve à chaque immersion une série de troubles pénibles: dès son entrée dans l'eau, pendant deux à trois minutes, le froid produit une vive suffocation avec douleurs abdominales extrêmes. Elle se plie en deux tordue par la douleur. Bientôt ceci disparaît, et la malade se calme. Le bain est bien toléré.

Pas de céphalée, ni d'épistaxis.

Rate volumineuse: 5 à 6 travers de doigt.

Facies abdominal, très grippé; les yeux sont enfoncés, ternés, rictus labial. Les traits sont très tirés. Le changement

survenu dans la physionomie a été très rapide ; depuis hier il s'est beaucoup accentué.

Visite du soir. — La température pendant toute la journée s'est maintenue à 40° et au-dessus.

Prostration extrême: diarrhée toujours très abondante et très fétide. Les douleurs abdominales persistent avec les mêmes caractères ainsi que les douleurs dans le bain. Les vomissements ont été peu abondants.

16 septembre. — La nuit n'a pas été mauvaise. Elle a un point de côté, qui augmente quand elle entre dans l'eau. Température : toujours autour de 40°,2. La malade s'alimente bien. La diarrhée a diminué. Les selles sont toujours très fétides, jaune verdâtres constituées par une matière séreuse abondante, dans laquelle flottent des parties plus solides et plus colorées. Le facies est moins grippé. Urines : toujours disque d'albumine.

Pas de délire. La journée n'est pas mauvaise, la température a baissé; elle ne dépasse pas 38°,4. Elle ne prend pas de bain. La diarrhée conserve ses mêmes caractères, mais est toujours moins abondante. Plus de vomissements; abdomen ballonné. On sent au palper une partie dure, résistante autour de l'ombilic. Cette partie est très douloureuse, et la douleur rayonne de là dans tout l'abdomen. La région hépatique n'est pas douloureuse. La rate est toujours volumineuse.

17 septembre. — Hier jusqu'à 4 heures du soir, la température n'a pas atteint 39 degrés. A partir de 4 heures, les 39 degrés sont atteints. La malade est très faible, l'état général est mauvais. La malade se plaint de violentes douleurs abdominales, qui deviennent presque intolérables quand on la remue. On ne la met pas au bain. La diarrhée a cessé au commencement du jour. Pas de vomissements. Vers les 11 heures, au moment de la visite, agitation extrême. Deux piqûres de morphine à quelques heures d'intervalle produisent un réel soulagement.

A 6 heures de l'après-midi, à la contre-visite, la malade a un délire très marqué; elle parle avec volubilité, remercie les personnes qui l'ont soignée, dit qu'elle est guérie et que demain elle quittera l'hôpital.

Pas de changement dans le reste de son état général. L'abdomen semble moins douloureux.

18 septembre. — La nuit a été agitée au commencement, puis très calme. Le délire a persisté. Pas de vomissements ni de diarrhée.

Le malade meurt à 3 heures du matin.

19 septembre. — Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une quantité de liquide pouvant être évaluée à deux ou trois litres, accumulé dans les régions inférieures, trouble, louche, puriforme. Le mésentère est grasseux et n'adhère en aucun point aux anses intestinales.

Celles-ci ont leur aspect normal, du moins dans les parties supérieures. Vers la portion terminale de l'intestin grêle, on trouve des régions très congestionnées, rougeâtres, enflammées. Cette inflammation est surtout manifeste sur une étendue de vingt à trente centimètres environ. Sur la face interne de l'intestin, les plaques de Peyer se montrent endommagées; on en trouve d'ulcérées et plusieurs en voie de cicatrisation, surtout dans le duodénum.

Les lésions sont beaucoup plus manifestes dans le gros intestin. Les ulcérations étaient très nombreuses. La surface de la muqueuse est couverte de marbrures noirâtres séparées par des espaces normalement colorés, donnant à cette région un aspect tigré particulier. Cette aspect caractéristique se poursuit très nettement sur toute la longueur du cœcum, du colon ascendant, la partie initiale du colon transverse, puis s'atténue et finit par disparaître dans le colon descendant. Rien du côté de l'appendice. Aucune perforation intestinale, même fissurale. L'eau circule dans toute la longueur sans sourdre en aucun point.

Rate : grasse, diffluente.

Cœur normal, bon état.

Poumons : Pas d'adhérences pleurales, ni d'épanchement. Légère congestion aux bases, mais aucun noyau de splénisation.

Foie : Gras, aspect grasseux. Pas de calculs biliaires.

Estomac et reins : pas de lésions.

OBSERVATION IV

due à l'obligeance de M. le D^r Bouveret (Inédite.)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Dothiésentérie au dix-huitième jour. — Diarrhée fréquente — Etat typhique grave ; adynamie ; taches rosées. — Oppression marquée, — Râles sous-crépitaux des deux côtés. — Catarrhe typhique très intense. — Pouls dicrote, mais plein. — Rien au cœur. — Bains à 26°, dix minutes. — Albumine en très grande quantité. (M. le D^r Bouveret nous a dit avoir pressenti le colotyphus du vivant du malade à l'abondance de la diarrhée).

B...., âgé de 28 ans, meunier, entré à la salle Sainte-Marguerite, de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 11 novembre 1891. La maladie pour laquelle cet homme entre à l'hôpital a débuté, il y a dix-huit jours, par des symptômes généraux, fièvre, inappétence, céphalée intense. Il accomplissait ses vingt-huit jours et dit avoir été exposé aux intempéries ; il ne put continuer son service, mais n'entra pas à l'hôpital. Depuis, les symptômes ont continué, fièvre intense, pas d'épistaxis, météorisme abdominal, douleur dans la fosse iliaque et diarrhée depuis dix jours. Depuis huit jours, il tousse beaucoup et depuis deux jours a la voix voilée.

Actuellement, fièvre intense, 40°5 ; abattement marqué. Etat typhique très net, langue grillée, fuliginosités, plaques noires des gencives, léger délire la nuit. Soif vive, — anorexie. — Douleur à la pression de la fosse iliaque droite, diarrhée, gargouillement. Météorisme abdominal. Peut-être tuméfaction de la rate. Urines peu abondantes, colorées, avec beaucoup d'albumine. Bronchite intense double.

Rougeur des piliers. Voix éteinte.

12 novembre. — Bains à 28° pendant 10 minutes. Soir, les bains sont donnés à 25°, 15 minutes.

13 novembre. — Hier trois selles diarrhéiques. Glace sur le ventre. Amélioration générale, bien que la température soit encore à 40°. Pouls 120, toujours dicrote, les battements sont forts, le premier bruit assez énergique.

Un peu d'oppression dans le bain. Aux poumons, toujours de haut en bas, des deux côtés, non seulement des râles sonores, mais aussi des râles sous-crépitaux.

Un peu de rougeur de la gorge, pas de fausses membranes. Les bains sont bien supportés ; il tremble peu après ; l'oppression n'augmente pas dans le bain. (Bains à 20 degrés pendant 45 minutes.)

Pulvérisations dans la gorge avec sublimé 1/2000.

14 novembre. — Même état. Voix toujours éteinte. Pouls à 120.

16 novembre. — Hémorrhagie intestinale peu abondante. Continuation des bains.

18 novembre. — L'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée. A l'examen laryngoscopique : hyperémie.

20 novembre. — Ce matin on a trouvé un peu de sang dans la baignoire et la chemise du malade plus ou moins maculée. On a suspendu les bains. La température est toujours élevée. Un peu de météorisme abdominal. Rien aux poumons que des signes de catarrhe. Pas de souffle. On continuera les bains.

21 novembre. — Depuis hier soir le malade a continué à avoir de petites hémorrhagies. On a suspendu les bains. (Extrait de quinquina, 4 grammes ; salol, 1 gramme.)

22 novembre. — Même état. Alimentation facile, langue bonne.

23 novembre. — Hier à 2 heures du soir, hémorrhagie intestinale abondante qui depuis a continué par un suintement. La température a baissé. Le pouls est petit, les battements du cœur sont faibles. Pâleur très marquée (Inj. ergotine 1 gr. Inj. caféine 0,75 centig.

24 novembre. — Malgré les injections d'ergotine, de caféine et d'éther, le malade a continué à perdre du sang, il s'est affaibli progressivement et est mort à 2 heures.

25 novembre. — *Autopsie* : A l'ouverture de la cavité abdominale on constate immédiatement après l'incision de la peau, un épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi assez abondant, occupant toute la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis, correspondant exactement à la région supportant une vessie de glace. Cet épanchement n'est pas seulement dans le tissu cellulaire, mais pénètre dans les muscles de la paroi qu'il infiltre complètement. Dans la cavité péritonéale, il n'existe pas de liquide, si ce n'est à peu près cent grammes dans le petit bassin, liquide, clair, citrin. Les anses intestinales sont absolument libres, sans fausses membranes, sans adhérences, sauf en un point, à environ 15 cent. du cœcum, où l'intestin grêle est légèrement adhérent sur un tout petit point de 4 à 5 millimètres de diamètre au mésentère.

L'intestin ouvert présente dans le gros intestin du sang en assez grande quantité, plusieurs caillots du volume d'une noix. C'est surtout dans la partie moyenne et inférieure du gros intestin, à partir du colon transverse, que l'on trouve la muqueuse avec une teinte vineuse ; à ce niveau, il existe une ulcération de 1 cent., de forme carrée, mais la teinte n'est pas plus accusée à ce niveau, et il n'est pas possible de dire si l'hémorragie s'est faite par cette ulcération, ou si elle a eu lieu par toute la muqueuse d'une façon diffuse. On trouve une autre ulcération au niveau de la valvule iléo-cœcale, plus petite ; pas d'extravasation sanguine à ce niveau.

Du côté de l'intestin grêle, nombreuses et grandes ulcérations du côté de la valvule iléo-cœcale, et sur l'intestin grêle, sur une longueur de 1 mètre 50 environ, les ulcérations sont taillées à pic. Elles ont un centre parfaitement détergé, mais leur rebord est tuméfié. Les ganglions sont tuméfiés, rosés. Pas d'autres altérations à noter. Le point adhérent de l'intestin correspond à une large plaque ulcérée. L'appendice iléo-cœcal ouvert présente une petite ulcération peu marquée.

Rate : volumineuse et molle.

Reins : volumineux, un peu sclérosés, blancs, d'aspect gras, dû probablement à l'anémie, plutôt qu'à une lésion véritable. Le cœur est décoloré, pâle. Foie gras.

Poumons : blancs, emphysémateux, sauf les deux bases un peu atelectasiées; ils avaient quelques adhérences molles, surtout à droite. Des deux côtés, un peu de liquide dans la plèvre. Cerveau présente un peu d'épaississement des méninges, mais pas d'autres lésions.

OBSERVATION V

due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Weil. (Inédite.)

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Dothiéntérie. — Mort par hémorrhagie intestinale au trentième jour. — Bains donnés au quinzième jour (30 degrés, 10 minutes). — Première hémorrhagie le dix-septième jour, suivie immédiatement de quatre autres (en tout cinq cents grammes). — Suppression des bains. — Pas d'hémorrhagie nouvelle. — On redonne les bains à 25 degrés le vingt-troisième jour. — On en donne douze. — Le vingt-sixième jour, nouvelles hémorrhagies. — Mort le trentième jour. — Traitement de l'anémie par les injections sous-cutanées de sérum artificiel 200 à 300 cc. par jour. — Vomissements dès le début, accentués par les hémorrhagies. — Vomissements du type nerveux sans lésions gastriques. — Muguet final. — Lésions ulcéreuses occupant une grande partie de l'intestin grêle et tout le gros intestin. — Hémorrhagie au niveau de la seconde portion du gros intestin. — L'intestin grêle ne renferme pas de sang.

G... Joséphine, âgée de 44 ans, entre le 24 août 1894, à la salle Saint-Ferdinand, de l'hôpital de la Charité de Lyon, dans le service de M. le professeur agrégé Weil.

Les parents sont en bonne santé, deux sœurs en bonne santé, une autre morte d'un transport au cerveau à onze ans. La petite a eu la rougeole à trois ans, la coqueluche à cinq ans. Pas de

scarlatine. Elle est malade depuis une quinzaine de jours. Elle a eu de la courbature, de la céphalalgie, des douleurs abdominales, de la rachialgie. Elle a vomi plusieurs fois. Hier elle a eu de l'épistaxis pour la première fois. Tous les symptômes du début ont été en augmentant et c'est ce qui amène la malade à Saint-Ferdinand. La mère a été malade ces derniers temps. Elle avait de la céphalalgie, dit la malade. Il est difficile de connaître le début exact de la maladie, car la petite ne s'est pas mise au lit, quoique malade, en sorte qu'il est difficile de savoir à quelle époque précise les phénomènes graves ont succédé aux phénomènes du début. Elle fut alitée pendant huit jours. C'est presque immédiatement après que la petite fut malade. Pas de fièvre connue dans le voisinage. L'enfant buvait de l'eau filtrée.

A l'entrée, pas de douleur localisée. Pas de céphalalgie. Pas de rachialgie. Pas de douleurs abdominales. La température est à 40°5. La langue est blanche au milieu, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre est ballonné, tendu. Circonférence à l'ombilic = 69.

A une pression profonde, on révèle un peu de gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite.

Pas de douleur sur le reste de l'abdomen. Au début de sa maladie, l'enfant était constipée; mais depuis une purgation administrée dimanche dernier, 18 août, elle a eu de la diarrhée : quatre ou cinq selles par jour, mais cette nuit elle a été cinq ou six fois. Les vomissements ont disparu. Pas de taches rosées. Pas de phénomènes nerveux graves. Pas de délire. Pas de soubresauts de tendons, mais les nuits sont mauvaises, la malade rêvasse et ne dort pas. Matité hépatique = 6 (météorisme). Aux poumons, matité aux deux bases et une pluie de râles fins, inspiratoires. Les vibrations y sont normales. Dans tout le reste du poumon et des deux côtés, râles de bronchite, P = 130; R = 36.

26 août. — La température se maintient élevée. La nuit a été un peu mauvaise, insomnie. P = 124; R = 34.

27 août. — P = 120; R = 32. Circonférence à l'ombilic = 65. Matité splénique = 5. Matité hépatique = 8. Rien au cœur. toujours un peu de diarrhée. Pas de délire.

28 août. — Hier soir la malade a eu une première hémorrhagie intestinale de la valeur d'un verre environ, puis pendant la nuit quatre nouvelles hémorrhagies. La quantité totale de sang difficile à évaluer à cause de la diarrhée concomitante, pouvait s'élever à 500 grammes environ. Le sang était noir, couleur de marc de café, surtout dans les dernières selles. Au commencement il était rougeâtre. Hier soir, après la première hémorrhagie, le ventre était douloureux, d'une douleur généralisée sans prédominance dans la fosse iliaque droite. Ce matin, la malade n'a pas d'adynamie bien prononcée, mais elle a un peu de facies abdominal. P = 120. R = 35. Circonférence à l'ombilic, 72. Rien au cœur. Depuis deux jours vomissements assez fréquents, survenant le plus souvent immédiatement après l'ingestion des liquides (Suppression des bains. Ergotine 1 gr. 50).

29 août. — Les hémorrhagies intestinales ont cessé : cependant les selles conservées depuis hier ont un aspect légèrement noirâtre, mais peu accusé. Les vomissements ont beaucoup diminué. P = 120. R = 36.

30 août. — Pas de nouvelles hémorrhagies, mais la malade a encore vomi son lait deux ou trois fois. P = 124. P = 32. Circ. à l'ombilic 70 cent. L'abdomen n'est pas douloureux spontanément, ni à une pression très superficielle. Les taches noires sont peu apparentes. Elle n'a pas eu de selles dans la journée d'hier. Pas de céphalalgie.

31 août. — R = 32, pendant le sommeil. P = 124. Pas de nouvelle hémorrhagie, deux selles diarrhéiques dans la journée d'hier. Les vomissements persistent toujours avec les mêmes caractères. Ils ont été au nombre de trois ou quatre depuis hier. Pas de délire. Les vomissements surviennent peu de temps après l'ingestion des boissons. Elle vomissait surtout le lait. Le ventre n'est pas douloureux. Pas de matité sur les flancs. Pas de dou-

leur à une pression très superficielle. Les urines sont émises normalement et sans difficulté. Le diaphragme fonctionne bien. Les yeux sont un peu excavés. La langue est recouverte au milieu d'un enduit épais : elle est rouge à la pointe et sur les bords. A l'auscultation du thorax, en avant et sans imprimer de mouvement à la malade, on perçoit les signes d'une bronchite assez intense. Pas de céphalalgie.

1^{er} septembre. — Deux selles depuis hier. La première contenait, au milieu de matières diarrhéiques, un ou deux petits points sanguinolents restés adhérents au vase, mais pas d'hémorrhagie véritable. Rien de semblable dans la deuxième selle. Toutes deux étaient nettement diarrhéiques. $P = 120$. $R = 36$. Pas de céphalalgie. Pas de douleur abdominale. Circ. à l'ombilic, 67. Elle n'a eu que deux vomissements dans les vingt-quatre heures, un pendant la journée d'hier, un autre pendant la nuit.

2 septembre. — Toujours quelques vomissements, surtout ce matin. Pas de nouvelles hémorrhagies, pas de trace de sang dans les selles. Le matin, la température monte à $40^{\circ}9$. $P = 120$. On donne un bain à la malade en s'entourant des précautions les plus minutieuses. On la mène dans son lit et on la dépose dans le bain (23°) en la soutenant horizontalement sans lui imprimer le moindre mouvement. Le bain a été bien supporté. $P = 120$, immédiatement après le bain, mais un peu plus faible qu'avant. Circ. à l'ombilic = 67. $R = 36$, pendant le sommeil.

3 septembre. — L'enfant a pris quatre bains hier et un ce matin. Ils ont été bien supportés. Pas de nouvelle hémorrhagie. Pas de selle depuis deux jours. Pas de douleurs abdominales. Le météorisme a un peu augmenté.

Circ. à l'ombilic = 70. Elle a eu seulement un vomissement ce matin. Le pouls est toujours à 120, un peu faible. $R = 40$, régulière, sans dyspnée, avec un peu de jeu de l'aile du nez. A l'auscultation, nombreux râles ronflants et sibilants en avant et en arrière dans les deux tiers supérieurs. Dans le tiers inférieur, submatité et obscurité de la respiration avec quelques râles muqueux des deux côtés. La température a un peu baissé

à la suite des bains. Pendant toute la nuit, elle est restée au-dessous de 40° et n'y est remontée que ce matin.

4 septembre. — Cette nuit vers une heure du matin, elle a eu une selle légèrement rougeâtre qui paraît contenir un peu de sang avec un petit caillot noir. Elle ne souffre pas du ventre, la température a un peu baissé. L'état général est toujours déprimé, elle est faible et un peu indifférente. Elle est un peu dure d'oreille, entend difficilement les questions qu'on lui pose, mais répond bien. Le pouls est petit et faible, 132. Elle ne tousse pas ou très peu. Accuse un point de côté à gauche qui paraît dû à de la névralgie intercostale. Elle a encore vomi deux fois depuis hier.

Circ. à l'ombilic. = 72 hier soir, 69 ce matin. On constate un peu de muguet sur la langue, le voile du palais.

5 septembre. — Elle a eu cette nuit deux selles non sanglantes et contenant quelques matières. Un seul vomissement ce matin. Elle est toujours un peu faible. Au cœur, bruits un peu sourds et lointains, réguliers. Aux poumons toujours quelques sibilances. Circ. ombilicale, 67,5. Encore un peu de muguet sur les gencives, mais en moins grande quantité qu'hier.

Hier soir à huit heures et ce matin à neuf heures et demie la malade est allée à la selle assez abondamment. Les selles sont composées de matières grisâtres dans lesquelles on trouve quelques caillots noirs, petits, peu abondants et qui paraissent dus plutôt à une hémorrhagie ancienne qu'à une récente.

A dix heures et demie, elle demande le bassin, et cette fois elle rend une selle presque liquide, franchement hémorrhagique et d'une odeur très fétide. La quantité est de 200 grammes. P = 140, toujours faible, presque imperceptible. (Injection d'un tiers de seringue d'ergotine de Tanret). Hier soir à huit heures, la température s'est élevée à 44°8. Les extrémités étaient plutôt froides; on avait dû lui mettre une brique chaude aux pieds dans la soirée. On lui fait supprimer les compresses froides sur les jambes, les cuisses et la poitrine, et on continue seulement la glace sur le ventre et sur la tête. Ce matin, la

température a un peu baissé, 39°3; mais elle est très pâle, présente un facies plombé. Les yeux sont excavés et cernés de noir. Un peu de jeu de l'aile du nez, respiration régulière, 44. Elle ne tousse pas, mais se plaint toujours d'un point de côté à gauche. Elle a toujours un peu de muguet. La petite a été alimentée soigneusement depuis hier et par petites quantités à la fois. Elle n'a vomi qu'une fois ce matin. On lui a administré 0,68 centigr. de caféine en injection sous-cutanée hier soir, tout autant ce matin. Le météorisme diminue. Circ. à l'ombilic, 67. A onze heures un quart, nouvelle hémorrhagie très abondante, 400 grammes environ de sang presque pur et en gros caillots.

A 6 heures du soir, injection dans le tissu cellulaire du sein de sérum artificiel, environ 80 à 86 centimètres cubes en deux fois. (Midi et cinq heures du soir).

Deux injections de caféine (0,60 centigr.). Elle n'a pas de nouvelles hémorrhagies. La température est tombée à 37°4 vers cinq heures du soir, mais le refroidissement périphérique est moins accentué.

P = 140, mais plus fort et plus plein que ce matin. A minuit injection de sérum 0,60 centigrammes.

7 septembre. — Le malade n'est pas complètement décolorée. Elle n'a pas d'hémorrhagie depuis hier, mais elle a légèrement déliré. Elle est immobile dans le décubitus dorsal. Un vomissement cette nuit; deux vomissements ce matin. Pouls 148, petit, mais bien comptable. Respiration 36. Pas d'oppression. Pas de vertige, quelquefois des bourdonnements d'oreille. Nouvelle injection de sérum ce matin de douze seringues. (Total, 0,60 centigrammes).

8 septembre. — Depuis hier, injection de 120 cc. de sérum artificiel en deux fois. Pas de nouvelles hémorrhagies. Ce matin, la figure est décolorée, les yeux excavés, le nez et les extrémités froids, le pouls misérable. P = 160. Muguet en abondance dans la bouche.

6 heures soir. La malade est très mal, facies cadavérique.

Respiration gémissante, régulière. Les yeux fixes, largement ouverts, saillants, en dehors de l'orbite, et les pupilles très dilatées. La température centrale 40°2. Léger refroidissement périphérique. Aspect comateux. Ne parle pas.

Pouls extrêmement faible, à peine sensible par intervalles, incomptable. Injection de sérum artificiel 90 cc.

Après l'injection, le pouls se relève et on peut le compter très nettement, 160. Le coma semble moins profond ; elle fait quelques mouvements avec les bras et profère quelques paroles incompréhensibles.

8 heures du soir. — Le coma a disparu presque complètement, respiration moins $\frac{1}{2}$ fréquente, plus profonde, toujours gémissante. Le refroidissement périphérique s'accroît.

Nouvelle injection de sérum artificiel, 90 cc., qui permet de compter le pouls. Mais celui-ci est de plus en plus faible et se ralentit. P = 120.

Autopsie. — On trouve une nappe de caillots rouges d'une épaisseur de 1 à 2 centimètres, occupant le gros intestin à 0,70 centimètres environ du cœcum, et de ce point se poursuivant jusqu'à l'anus. Au-dessus soit au niveau du cœcum, soit de l'intestin grêle, il n'y a pas de traces de sang.

L'hémorrhagie a donc pris naissance dans le gros intestin. On trouve en effet, après avoir enlevé avec peine par un jet très fort la nappe de sang coagulé, des ulcérations arrondies avec bords à l'emporte-pièce, fond constitué par la sous-muqueuse, du volume d'une lentille à une pièce de 0,20 ou 0,50 centim. occupant toute la longueur du gros intestin jusque près du rectum. Les ulcérations sont détergées et ne renferment pas de magma grisâtre ou brunâtre. En cherchant avec soin à la limite de l'hémorrhagie, on ne trouve pas d'ulcérations présentant un vaisseau de quelque calibre ulcéré. L'hémorrhagie provient de plusieurs ulcérations. Il y a au niveau de chacune de celles-ci une adhérence très forte de caillots noirs. Dans beaucoup d'ulcérations, surtout à mesure qu'on remonte, le fond est constitué uniquement par la séreuse. Cette fille serait certainement morte de perforation.

Dans la partie supérieure du gros intestin, les ulcérations ne se comptent plus. La surface de l'intestin ressemble à celle d'un cerveau. Les circonvolutions sont représentées par les parties réelles de la muqueuse, les sillons par les ulcérations. En effet il y a une sorte de destruction générale avec persistance de cordons muqueux qui forment comme des réseaux. Le fond ulcéré est grisâtre. La muqueuse persistante est rouge et œdématiée. Le cœcum tout entier présente cet aspect.

Dans l'intestin grêle, ce sont les ulcérations bien classiques dessinant la forme des plaques de Peyer avec destruction de presque toute la paroi. A deux mètres du cœcum, on reconnaît des plaques pas tout à fait ulcérées avec gonflement et aspect hémorragique. Aucune plaque avec tendance à la cicatrisation. L'estomac ne présente rien d'anormal.

Rate, volumineuse, lisse, luisante. Corps de Malpighi presque effacé, 150 gr.

Pancréas dur, volumineux, 70 gr.

Reins décolorés, aspect lardacé. Chacun 125 gr.

Foie volumineux, lisse, pâle à la coupe. 1500 gr.

Poumons congestionnés aux bases, surtout le gauche.

Quelques noyaux d'atélectasie.

Cœur — caillots fibrineux, translucides, noirs, dessinant des cordons en petite quantité. Pas de magma gelée de groseille. Pas de lésion. Poids 200 gr.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le médecin-major de deuxième classe Boisson, médecin répét. à l'Ecole du service de santé militaire.

(Cette observation a été, pour la partie clinique, publiée dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaire* par MM. les médecins-majors Boisson et Simonin). Fièvre typhoïde adynamique suivie de mort à la fin du troisième septenaire. — Début par une angine. — Myosite infectieuse hémorragique à staphylocoques dorés des muscles grands droits de l'abdomen.

T... Léger, canonnier au 41^e bataillon d'artillerie à pied, âgé de 23 ans, soldat ordonnance.

On ne relève dans ses antécédents qu'une prédisposition spéciale à contracter des angines. La maladie actuelle a débuté le 31 janvier 1894 dans la matinée, par des frissons répétés, de la céphalée, de la gêne dans la déglutition.

Ces symptômes s'accompagnent d'anorexie et d'une fièvre modérée (35°,2 le soir) qui nécessitent l'entrée à l'infirmerie, le 2 février, sixième jour après le début des premiers malaises.

A ce moment, on constate une angine aiguë sans exsudats, se traduisant par une tuméfaction et de la rougeur, un aspect vernissé des amygdales, de la luette, du voile du palais et du pharynx.

La déglutition est gênée, douloureuse ; on ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire. L'anorexie est complète ; la langue est uniformément saburrale, blanchâtre. La fièvre affecte un type continu, avec rémissions matinales d'un degré environ ; les oscillations sont comprises entre 38°,5 et 39°,5.

On porte d'abord le diagnostic d'angine catarrhale simple, puis en raison de la persistance de la fièvre, de la céphalée et de l'anorexie, celui de grippe à forme gastrique, ou de fièvre typhoïde au début.

Le 12 février, dixième jour de la maladie, la fièvre vespérale atteint 40°. La céphalée et la courbature généralisées augmentent ; on observe des vomissements répétés ; la langue devient sèche et se fendille ; un très léger enduit jaunâtre crémeux recouvre les amygdales. Les symptômes persistent jusqu'au seizième jour, où le diagnostic de fièvre typhoïde s'impose par l'apparition de taches rosées lenticulaires sur le ventre, d'une diarrhée bilieuse fétide abondante (six selles dans les vingt-quatre heures), de la douleur dans la fosse iliaque, des épistaxis et une hypertrophie marquée de la rate. Les nuits sont troublées par des rêvasseries et un délire assez accentué. Le malade accuse des douleurs sus-orbitaires intenses.

La courbe thermique, à partir de ce jour, reste tendue autour de 40°, sans rémission matinale bien marquée.

L'adynamie fait des progrès notables, le malade est dans la stupeur, on observe des soubresauts tendineux ; les selles, toujours liquides, sont involontaires ; la langue est noirâtre, sèche, recouverte de mucus concrété. Le pouls devient mou, et atteint 110 pulsations à la minute ; dans la nuit, le délire actif alterne avec la stupeur.

Le vingt et unième jour, on note une congestion marquée de la base du poumon droit ; on entend des râles sous-crépitants, muqueux, sibilants et ronflants ; ces symptômes s'étendent bientôt aux deux poumons ; il existe de la dyspnée (40 respirations à la minute).

Le vingt-quatrième jour, l'adynamie s'accuse ; en explorant la région hypogastrique pour constater si le malade urine, on note une douleur très vive éveillée par la pression et surtout la percussion à ce niveau ; on ne trouve pas cependant de gonflement appréciable, ni de changement de coloration de la surface cutanée, et l'on pense à une irritation péritonéale développée au niveau d'une ulcération de l'intestin. Le ventre est souple, non météorisé.

Le vingt-cinquième jour, l'adynamie est absolue, la carphologie apparaît ; le pouls est misérable à 115, la mort arrive dans l'hyperthermie avec une température de 40°2.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est celui d'un homme vigoureux. Il ne présente pas de traces notables d'amaigrissement. L'incision des parois abdominales fait découvrir à la région hypogastrique une infiltration sanguine diffuse des muscles grands droits dans toute leur épaisseur. Le sang diffusé est de couleur rouge brun foncé. Les fibres musculaires fortement teintées par le sang sont sèches et friables.

Sur quelques points voisins, mais non infiltrés, on trouve des faisceaux pâles secs, faiblement colorés et atteints de myosite.

La cavité péritonéale n'offre rien d'anormal. Les anses intestinales sont moyennement distendues par les gaz. Certaines portions de l'intestin grêle sont vivement injectées et présen-

tent des arborisations vasculaires qui ne peuvent être imputées à la stase cadavérique. Le mésentère contient des ganglions tuméfiés, fortement colorés par le sang. Ils sont mous et plusieurs d'entre eux incisés sont altérés à leur centre, où l'on constate un aspect blanchâtre et diffluent du tissu ganglionnaire. L'intestin examiné de bas en haut présente des altérations très accentuées. Les colons transverses et ascendants, de même que l'S iliaque et le cœcum, sont le siège d'ulcérations d'autant plus confluentes qu'on se rapproche davantage de la valvule. Ces ulcérations résultent évidemment de l'escharification des follicules lymphatiques de l'intestin.

L'intestin grêle présente dans la dernière portion de nombreuses plaques de Peyer, d'autant plus altérées et tuméfiées qu'on est plus voisin de la valvule. Les plus malades sont encore recouvertes en partie par l'escharre colorée en jaune sale par les matières intestinales.

Des follicules isolés sont également atteints par le processus typhique. En remontant vers le jéjunum, les plaques sont simplement tuméfiées sans trace de mortification. Nulle part trace de perforations. Le contenu de l'intestin n'est pas coloré par la présence du sang. Les parois du jéjunum sont saines. De même pour le duodénum, l'estomac, les canaux biliaires, le foie. La rate est grosse, molle et faible. L'examen du cœur n'accuse aucune trace d'ulcération au péricarde. Le myocarde est pâle et affaissé. Le ventricule droit est dilaté ; l'orifice tricuspide admet facilement le doigt. Le cœur gauche est sain. Les diverses cavités ne contiennent que des caillots foncés non adhérents. Le sang est diffluent, couleur brun rouge foncé avec caractères du sang dissous.

Les plèvres sont saines. Les poumons présentent des altérations intéressantes. Leur surface est lisse, sans traces d'adhérences. Sur certains points, des lobules sont déprimés et colorés en brun ardoisé. D'autres territoires sont pâles et emphysémateux. Leur tissu est fortement congestionné dans la plus grande partie.

Toutefois partout il crépite et surnage. Le poumon droit, au

niveau de la partie antéro-inférieure du lobe supérieur, présente un infarctus, dont la coupe a l'aspect truffé classique. Il intéresse environ sept à huit lobules. Les reins sont augmentés de volume et congestionnés.

CONCLUSION

A. Quand les lésions de la fièvre typhoïde prédominent sur le gros intestin, elles provoquent généralement un ensemble de symptômes, qui peut permettre de reconnaître cette localisation spéciale de la maladie. Mais ces cas sont rares et le plus souvent ce diagnostic est difficile.

Il pourra être fait d'après les symptômes suivants :

1) La diarrhée. C'est le symptôme le plus constant. Cette diarrhée est profuse (de huit selles et plus par vingt-quatre heures), souvent inconsciente, très fétide, conservant le caractère physique ordinaire des selles typhiques, mais souvent plus aqueuse et moins colorée.

2) Le météorisme. Ce symptôme a une moindre valeur, car il se rencontre dans nombre de cas de fièvre typhoïde à localisation sur l'intestin grêle.

3) La douleur. Il s'agit d'une douleur localisée soit sur un point, soit sur un autre et quelquefois sur tout le trajet du gros intestin. Ce symptôme manque rarement lorsque les ulcérations existent, mais le plus souvent il est nécessaire de le rechercher et l'on constate que la pression abdominale provoque de la douleur dans certains cas où le malade n'accuse aucune souffrance spontanée.

4) L'état général est très mauvais (adynamique ou ataxique).

5) En résumé, chacun de ces symptômes considéré isolément ne permet pas ce diagnostic. Celui-ci ne peut être fait que par leur rapprochement.

B. Ce pronostic est grave.

POUR LE DOYEN

l'Assesseur

R. LÉPINE

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

R. TRIPIER

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le doyen de la Faculté des Sciences

J. RAULIN,

Lyon, le 28 novembre 1895.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANDRAL. — *Clinique médicale*, 1840.

BARTH. — Ulcération et perforation des follicules isolés du gros intestin dans une fièvre typh. *Soc. anat.*, 15 février 1884.

BAUDOIN. — Fièvre typhoïde : distension énorme du cœcum ; sphacèle de la muqueuse cœcale, péritonite sans perforation (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 749.)

CEPPI. — *Progrès médical*, 1877.

CORNIL. — *Société médicale des hôpitaux*, 1872.

DEVIC. — Des rechutes dans la fièvre typhoïde. (*Th. de Lyon*, 1886.)

DEVIC et ROUX. — *Province médicale*, 2 mars 1895.

GOURONNEC. — Typhlite et pérityphlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. (*Th. Paris*, 1884.)

NOËL GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique médicale*, t. III, 1884.

HOMOLLE. — Art. *Fièvre typhoïde* du *Nouv. Dict. de méd. et chirurgie pratiques*.

HUTINEL. — Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. (*Th. agr.* 1883.)

LABOULBÈNE. — Deux observations de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (*Union médicale*, 1877, t. XXIII, p. 389.

LAVERAN. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 26 juillet 1878, 24 juillet 1893.

LEUDET. — Recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin consécutives à la fièvre typhoïde. (*Mém. de l'Académie de méd.*, 1871, t. XXX.)

LEUDET. — *Société anatomique*, 1843, p. 43.

LEUDET. — *Gazette Hebdom.*, 1854, p. 217.

LEVÊQUE. — Des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde. (*Th. Paris*, 1881.)

LOUIS. — Rech. anatom. path. et therap. sur la fièv. typh.

MACLAGAN. — *Hæmorrhage from the bowels in enteric Fever, its varieties and significance*. Lancet. Feb. 1873.

MALESPINE. — *Arch. gén. de méd.*, 1841, t. X., p. 32.

MERCIER. — Sur la fièvre typhoïde avec lésions prédominantes sur le gros intestin. (*Thèse Paris*, 1888.)

MEUNIER. — Sur la fièvre typhoïde à rechutes. (*Th. Paris*, 1885.)

MURCHISON. — La fièvre typhoïde. (*Trad. de Lutraud*, Paris, 1878.)

SARDA et VILLARD. — *Revue de médecine*, 1893, p. 852.

SOREL. — Fièvre typhoïde. Ulcération des follicules clos du gros intestin ; abcès du foie ; péritonite. (*Union méd.*, 18 septembre 1882.)

TRAPIER et BOUVERET. — La fièvre typhoïde traitée par les bains froids.

TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I.
